

ENTREVISTA

A ALBERTO DAL BÓ
“Hay un campo de dimensiones enormes
para sembrar criterios de cambio en salud”

Por José Antonio Gomiz Gomiz y Miriam Ruth Maldonado

jagomiz@bblanca.com.ar - miriam.maldonado1@gmail.com

CURZA - Universidad Nacional del Comahue

Alberto Dal Bó llevó a cabo su carrera médica a lo largo de cinco décadas. En ese medio siglo se apagaron proyectos de desarrollo del sector público, otros aparecieron y funcionaron con éxito durante la vigencia del gobierno que los impulsó, o siguen funcionando legitimados por la magnitud y calidad de los servicios que brindan a la sociedad. En varios de ellos tuvo activa participación con responsabilidades crecientes. Agotada la experiencia del Hospital Regional de Mar del Plata (1964), completa su formación como pediatra en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (1965-1968). Luego ocupa durante cinco años la jefatura del servicio de pediatría en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia. Convocado por el gobierno de Río Negro (1973) para la conducción del consejo provincial de salud pública, aplica en toda la provincia lineamientos de política sanitaria ordenados en el llamado Plan de Salud de Río Negro. Vuelto al sector público de salud en 1984, se desempeñó en Hospital Nacional de Pediatría Profesor Juan P. Garrahan participando en carácter de Director Médico Adjunto o Director Médico Ejecutivo hasta su retiro en 2005. Se capacitó en organización y administración hospitalaria en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Participó en jornadas, cursos o seminarios. Autor de numerosos trabajos en el campo sanitario y administrativo, también se desempeñó como consultor sanitarista en varias provincias y evaluó hospitales del país y del exterior. Colaboró como autor de los capítulos “Planificación estratégica y organización de los servicios médicos” del libro *Administración de los servicios de salud* (Docencia: 1995) Autor de *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido* (Biblos: 2008), libro testimonial que relata experiencias de cambio en varios hospitales a la vez que honra a los participantes de esos proyectos, hoy dispersos en el país o el exterior. Esta entrevista se realizó en el marco del Proyecto de Investigación “Transformaciones del Régimen de Bienestar en Río Negro: desde 1980 hasta la actualidad”.

José Antonio Gomiz Gomiz: Usted participó del Gobierno Democrático de Río Negro en 1973, en el área de Salud, ¿cómo llegó a ocupar el cargo de Presidente del Consejo de Salud Pública?

Dr. Dal Bo: Explicar hechos producidos hace casi cuatro décadas exige, para su mejor comprensión, recordar las circunstancias en que ellos acontecieron y la posición ocupada por el relator en esos años de marcada inestabilidad institucional, de gobiernos de facto o aun democráticos, que trastornaban el desarrollo de proyectos de mejoramiento del sector. En 1973 asumió un gobierno democrático que quería dar respuesta a las exigencias de la población formuladas con carácter perentorio; hasta entonces, las respuestas se acomodaban a la ideología de diferentes grupos y, por cierto a los intereses de los diferentes integrantes del sector, ya sean médicos, propietarios de la capacidad instalada, administradores de obras sociales, proveedores o trabajadores de la salud. En esos días agitados que indicaban que la siesta terminaba, el ministro de Asuntos Sociales [de la Provincia de Río Negro] Alberto Pawly ofreció al Dr. José Iglesias la conducción del Consejo Provincial de Salud Pública. Este profesional viajó a Comodoro Rivadavia inquieto por la necesidad de definir un proyecto, y tomó contacto con el Director Médico Adjunto del Hospital Regional de esa ciudad, Alberto Ostrovsky, y con el autor de estas líneas a quienes ofrecen los cargos de Director General y Director de Atención Médica respectivamente. En una reunión en casa del ministro se expusieron las opiniones sobre el tema que, en principio, contaron con la aprobación de ese nivel político. Pocas horas después los Dres Iglesias y Ostrovsky perdían la vida en un accidente aéreo en Bariloche. El ministro de inmediato me llamó y pidió colaboración en lugar de Iglesias.

Mirian R. Maldonado: ¿Con qué Política Sanitaria se encontró y cuál fue su propuesta?

D.B.: Pero no fue casualidad, ni favor personal, ni identidad partidaria el ofrecimiento realizado a profesionales del Hospital de Comodoro [Rivadavia]. En él se llevaba a cabo desde cinco años atrás una experiencia de cambio del modelo administrativo, de gobierno y asistencial clásico de los hospitales públicos. El crecimiento de esa institución generó resistencias importantes en el sector de la medicina privada, que indicaban los puntos de conflicto de intereses. A saber: 1) Dedicación exclusiva de los profesionales de conducción y de una proporción alta de los médicos del plantel. 2) Conformación de planteles según perfiles definidos. 3) Horario extendido de atención. 4) Proyección extramuros de la cobertura asistencial. 5) Formación de médicos según programa de residencias en distintas especialidades. 6) Arancelamiento 7) Administración descentralizada. Lo que se le propuso y aprobó el Gobernador de Río Negro, Mario Franco, incluía 1) mejorar el calamitoso estado de los hospitales, planta física y equipamiento. 2) Asegurar el manejo soberano de los establecimientos públicos mediante profesionales con dedicación exclusiva en cargos de conducción. 3) Terminar con el dilema de servir al mismo tiempo a dos patrones creando el régimen de dedicación exclusiva. 4) Habilitar horarios vespertinos de atención. 4) Formar médicos en sistema de residencia. 5) Adoptar las medidas necesarias para procurar el pago, por parte de las obras sociales, de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios. 6) Modificar la integración del Consejo de Salud incorporando representantes de la comunidad...

La reacción de los grupos que sintieron lesivo para sus intereses el solo enunciado de los grandes lineamientos fue incrementándose con la construcción del plan de salud, la sanción de una nueva ley de salud provincial (Ley 898), y la aparición en terreno de esos lineamientos convertidos en hechos: adecuado abastecimiento, equipamiento renovado, recursos profesionales de buena formación, extensión de horarios de atención, es decir mejores hospitales, Todo ello al amparo del convencimiento de los actores de que la afirmación de asegurar el derecho a la salud en todo el territorio provincial no era una expresión retórica sino un objetivo fundamental.

J.A.G.G.: ¿Cómo era la organización hospitalaria de la época?

D.B.: En apretada síntesis puede decirse que la organización de los hospitales debía tener como eje a los pacientes y sus necesidades, siempre prioritarias. La administración de los recursos debía ajustarse a esa premisa a la hora de calcular el presupuesto, así como su ejecución, de manera que la eficacia de las acciones fuera acompañada de eficiencia. Pero los requerimientos para una buena atención no se agotaban en los aspectos contables, ni en las estadísticas hospitalarias, herramientas necesarias pero insuficientes. La espera para la atención ambulatoria, para las prácticas quirúrgicas, para las internaciones y los medios de diagnóstico, al igual que su racional utilización; la agilidad administrativa; el hacerse cargo de la situación social, psíquica y orgánica, elementos convenientes para conocer al paciente, interpretar su enfermedad y establecer una adecuada comunicación entre el equipo de salud y el usuario, incluyendo la clara explicación diagnóstica y la propuesta terapéutica. Preservar el sentido del "consentimiento informado" impidiendo que sea deformada su expresión haciendo que ese documento tenga mucho de consentimiento y nada de informado. Estas cuestiones no se respetaban cabalmente, siendo el incumplimiento horario un aspecto fácilmente detectable que lesiona la calidad asistencial. Las estructuras en 'peine'¹, con los jefes de servicio dependiendo de la dirección, concentran en pocas manos el poder dentro de la institución y evitan los niveles intermedios de tipo departamental, necesarios para definir los procesos de diagnóstico y tratamiento y coordinar la intervención asistencial. La asistencia es, generalmente, un proceso individual entre un paciente y un médico y, si bien suelen convocarse otros profesionales, la actividad de cada uno no alcanza para superar el individualismo tradicional de los profesionales y dar lugar el desarrollo de una nueva manera de abordar a los pacientes. En los servicios hospitalarios del país el modelo -estructuras en peine- de asignación de responsabilidades ha llevado a cada jefatura a comportarse de manera independiente respecto de sus pares. Así, servicios de igual especialidad, han aplicado sus criterios diagnósticos y terapéuticos respondiendo más a la propia experiencia que a una manera racional expresión de una conducta producto del

¹ Se denomina así cuando dependen de la Dirección del establecimiento todos los servicios médicos; cada profesional trata con su superior.

consenso institucional. Un principio básico de la organización es el de la división del trabajo, pero requiere para el mejor resultado aplicar un segundo principio, que no es otro que el de la coordinación de las actividades. La vigencia de la estructura peine, de larga trayectoria en la vida hospitalaria, que tiende a favorecer manejos de tinte autoritario, y merece con frecuencia el mote de feudal, se corrige con la introducción intermedia de niveles departamentales que agrupan servicios similares o de inevitable tarea en común: maternidad e infancia, por ejemplo. La introducción de niveles de coordinación complejiza el organigrama, pero así se deciden los criterios de mayor utilidad para dar satisfacción a las necesidades del paciente, en base a un abordaje amplio de la realidad, y con el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

M.R.M.: ¿Cuál era el escenario de los tres subsectores que se reconocen en salud (publico-privado y de las obras sociales) cuando llegó a la Provincia y cuál es el que usted pudo visualizar al finalizar su gestión?

D.B.: No hubo una colaboración franca con el plan de salud de parte de los gremios y de las llamadas obras sociales sindicales. La relación con los organismos gremiales fue armónica, contrastando con las críticas que dirigían a los organismos de atención privados. Sin embargo, seguramente por la brevedad de la experiencia, por no conocer profundamente la propuesta, o por tener contratos vigentes con las asociaciones privadas médicas no avanzaron hacia la atención hospitalaria.

J.A.G.G.: ¿Como puede explicar el Plan de Salud que pensó para Río Negro?

D.B.: La idea y los lineamientos principales fueron los que arriba se mencionaron y que se habían puesto en práctica en otros hospitales.

M.R.M.: El Plan de Salud fue tomado por otras Provincias como La Pampa ¿Tiene conocimiento si fue desarrollado totalmente?

D.B.: Personalmente llevé a Santa Rosa la Ley 898 de Río Negro. Con algunas modificaciones comenzaron a trabajar, llenaron cargos asistenciales con médicos a dedicación exclusiva, entre otras medidas. En muy poco tiempo sobrevino una situación de creciente trastorno de la gobernabilidad, con acontecimientos que nadie ignora, que echaron por tierra a las instituciones y proyectos en todo el país.

J.A.G.G.: ¿Puede dar una opinión sobre la relación entre el Plan Rionegrino de Salud y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)?

D.B.: El SNIS era un proyecto que solo podría haber tenido éxito de contar con soporte político sólido y duradero. Los alcances de la propuesta eran mucho más profundos que los esbozados para Río Negro. Las condiciones del país llevaron al desastre no solo los proyectos de salud sino a la nación misma. El Plan de Río Negro, de pequeña dimensión comparado con todo el resto del país, entendió que el proyecto nacional tendría un tiempo de gestación prolongado y puso en marcha sus propias propuestas. Oportunamente se consideraría la incorporación al nuevo sistema nacional.

M.R.M.: ¿Qué le dejó el Plan a la Provincia y qué le faltó a su criterio?

D.B.: Residencia médica; dedicación exclusiva, equipamiento, formación de enfermería y técnicos de diversas disciplinas, ambulancias, conciencia de que un hospital es una herramienta básica para procurar el derecho a la salud de los habitantes, y no una institución de caridad. Incremento de la producción, atención respetuosa y buena calidad de las prestaciones. La palabra Plan se incorporó al léxico popular: hablar de salud no podía evitar que se le adosara "Plan". Le faltó tiempo.

J.A.G.G.: ¿Conoce que Políticas en el área de Salud se implementaron en la Provincia, desde el retorno de la democracia 1983 a la fecha?

D.B.: No he seguido en detalle el desenvolvimiento del sector.

M.R.M.: ¿Desde su experiencia como ve al sistema de Salud de nuestro País? ¿Cree que puede darse un Sistema de Salud con Vocación Universalista?

D.B.: Creo que es más difícil hoy que en los años de Carrillo. La atención de la salud de la población constituye un problema de difícil solución que ha merecido enfoques diferentes en distintos países. El progreso del conocimiento y la nueva tecnología aplicada a la atención médica, ha cambiado el perfil asistencial y a la vez incrementado el gasto de manera incontrolable. Para colmo de males, la ausencia de criterios prudentes, frutos de un enfoque sabio que no olvida como las verdades de hoy son mentiras mañana, impiden acercarse a la práctica de la medicina de nuevo perfil y han convertido a la atención médica actual en una carrera desbocada de gasto creciente.

En salud, al menos, la oferta genera la demanda, dada la asimetría de la relación. Es inmenso el poder de la lapicera del médico, y la generación de actos médicos depende en parte, del sistema en que estos se desenvuelvan. Por lo general, los países europeos tienen sistemas de salud con cobertura universal de la población, en los que el principio de solidaridad impera en el diseño de los mismos, y la financiación es estatal en alta proporción.

Nuestro país ha enfrentado los desafíos de la atención de la salud avanzando, quizá irresponsablemente, por el camino del incremento del gasto, por el desarrollo de empresas privadas cuyo capital ni siquiera pertenece a los médicos como antaño ocurría, por un sistema solidario sostenido por el aporte de los trabajadores y patrones, manejo de las obras sociales de manera que parecen más satisfactorias para quienes las dirigen que para los beneficiarios. Por la creación de múltiples organizaciones de medicina prepaga que dan respuesta a personas de mayores ingresos a la vez que en algunos casos se descremaban los fondos de esas obras sociales. Y cuando la plata no alcanza porque el gasto crece y la crisis aprieta se pretende desarrollar un sistema de seguro personal para cubrir la alta complejidad en particular en los últimos años de la vida.

Al parecer, en la época de la organización nacional el tema Salud no fue tratado. Es probable que no se le asignara importancia suficiente como para definir su ubicación en el Estado. Esta orfandad de la cuestión salud, sugiere que desde sus mismas raíces el sector salud es expresión de una falta de interés del Estado; y son políticas de Estado las necesarias para modificar el sistema actual hasta alcanzar otro superador de las condiciones hoy existentes. Sin embargo, cuestiones políticas, intereses creados, ideologías, complejidades operativas, inadecuada cantidad y formación de los agentes de salud, naturales resistencias al cambio, presupuestos insuficientes, entre otros, pueden conformar un panorama amenazador similar a los observados en otras experiencias.

Difícilmente los políticos asuman con seriedad banderas de cambio mientras no haya claras señales de la población exigiéndolos. Es conveniente profundizar la toma de conciencia de la población respecto de la problemática de salud y la necesidad de su activa participación; modificaciones jurídicas y administrativas descentralizadoras trasladarán poder desde los niveles centrales a los efectores, medidas estas que despiertan resistencias de importancia; por fin, medidas para la integración de miembros de la comunidad en consejos hospitalarios facilitarán traslados de poder de los efectores, es decir del equipo de salud a la comunidad. El tema es espinoso y, salvo las experiencias mencionadas, hasta ahora no se ha percibido una clara motivación para tal cambio, ni una convocatoria para discutirlo. Sin embargo el contacto directo con usuarios suele revelar una conciencia clara y resignada de la situación. Hay un campo de dimensiones enormes para sembrar criterios de cambio en salud, y desarrollar en la población el sentido de la responsabilidad que le cabe al respecto.